

Рычагов Г.П., Бирик И.Л.,
Данович А.З., Жук И.Н.

**ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЕ
МОДЕЛИРОВАНИЕ ПЕРИТОНИТА У
СОБАК ПРИ ПЕРФОРАТИВНОЙ
ГАСТРОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЯЗВЕ.**

/ Минск /

Несмотря на успехи в оперативном лечении перфоративных гастродуоденальных язв, отдаленные результаты операций по-прежнему побуждают хирургов задуматься о выборе способа операции.

Как и многие десятилетия назад, ушивание перфоративного отверстия продолжает оставаться основным и наиболее распространенным оперативным вмешательством, которое по данным разных авторов выполняется у 53-80% больных. Эта операция не может считаться патогенетически обоснованной, так как не воздействует на основной фактор язвообразования — кислотопродукцию. Частота повторных вмешательств после ушивания прободной язвы колеблется в пределах - 20-70%.

Хорошие и отличные результаты при перфоративной язве двенадцатиперстной кишки и препилорического отдела желудка получены после ваготомий с дренирующими операциями без нарушения целостности привратника.

Одним из основных аргументов в пользу простого ушивания выдвигается перитонит. В то же время следует признать, что оценка тяжести перитонита является делом трудным и недаром до сих пор в качестве ориентира используют сроки, прошедшие с момента перфорации язвы, которые сами по себе не могут быть достоверным критерием стадии этого осложнения.

Для изучения воспалительных изменений, происходящих в брюшной полости в различные сроки с момента перфорации язвы, мы решили смоделировать прободной перитонит на подобие того, который наблюдается при перфоративной гастродуоденальной язве на собаках в эксперименте.

Для того, чтобы модель была максимально схожей с изучаемой клинической ситуацией мы решили выполнить перфорацию эндоскопически с помощью электроножа.

Под внутривенным тиопенталовым наркозом производили эзофагогастродуоденоскопию. Игольчатым ножом проводили глубокий (через все слои) разрез стенок желудка в антральном отделе протяженностью 0,5-0,8 см. Край его коагулировали пуговчатым зондом для создания коагуляционного вала.

Через 24 часа под внутривенным наркозом выполняли лапаротомию для забора материала на исследование и визуальной оценки состояния брюшной полости. Лапаротомная рана ушивалась постоянно наглухо.

Используя данную методику мы прооперировали 5 собак. При исследовании брюшной полости отмечено, что количество выпота с желудочным содержимым было незначительное. Признаков воспаления со стороны органов брюшной полости и париетальной брюшины не выявлено. В двух случаях перфоративное отверстие было прикрыто прядью большого сальника, в 3-х случаях абтурировано складками слизистой оболочки желудка. Картины, характерной для перитонита, ни в одном случае не наблюдали. Все животные остались живы. Данное исследование показало, что при использовании описанной методики нельзя создать модель перфоративного перитонита язвы у собак.

На наш взгляд это обусловлено анатомо-физиологическими особенностями организма собаки и ограниченными возможностями эндоскопической перфорации.

Для дальнейшего исследования мы применили лапаротомный доступ к желудку с целью создания на его передней стенке перфоративного отверстия. Используя данную методику мы прооперировали 15 собак, которых разделили на 3 группы по времени, прошедшем с момента перфорации.

Каждая группа включала 5 собак. Сроки с момента перфорации: I группа — 6 часов, II группа — 12 часов, III группа — 18 часов. Животным I группы релапаротомии выполняли через 6 часов. Все они хорошо перенесли лапаротомию. Перед релапаротомией были активные, самостоятельно шли в операционную. Во время операции установлено, что в брюшной полости умеренное количество выпота с примесью желудочного содержимого. Признаков воспаления не было, отмечалась перистальтика кишечника, петли кишок не раздуты.

Во II группу вошли животные, которым выполняли релапаротомию через 12 часов. Перед второй операцией они были менее активные, вялые, однако в операционную дошли самостоятельно. В брюшной полости содержалось умеренное количество мутного выпота с примесью желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина гиперемированы, перистальтика отсутствовала, однако петли кишок не раздуты. Сальник очагово гиперемирован. Состояние органов брюшной полости соответствовало реактивной стадии перитонита.

Животным III группы релапаротомию выполняли через 18 часов. Перед второй операцией эти собаки неподвижно лежали, дыхание было частое и поверхностное, язык сухой. При релапаротомии в брюшной полости содержалось умеренное количество мутного выпота с фибрином и примесью желудочного содержимого. Париетальная и висцеральная брюшина резко гиперемированы. Перистальтика кишечника отсутствовала, петли покрыты фибрином и вздуты. Сальник гиперемирован. У этих собак мы наблюдали токсическую стадию перитонита, что стало причиной гибели 3-х собак. У остальных послеоперационный период протекал тяжело, только благодаря интенсивному лечению и уходу животные выжили.

Таким образом, проведенное исследование позволяет сделать следующие выводы:

1. Линейный разрез желудка у собак не создает условий для развития перитонита.

2. Радикальные операции можно выполнять без риска для пациента до 12 часов с момента перфорации язвы.

3. Через 18 часов с момента перфорации целесообразно выполнять ушивание перфоративной язвы.